

合理的剂量及足够的疗程相当重要,大部分患者米诺环素治疗1周后起效,6周可收到良好疗效,10~12周即可收到满意的疗效。本文临床观察表明,米诺环素治疗痤疮综合疗效优于罗红霉素组($P < 0.05$),米诺环素在指标分解评定中治疗粉刺丘疹脓疱型痤疮疗效优于罗红霉素组($P < 0.05$),但在治疗结节囊肿瘢痕型痤疮两组疗效经统计学处理差异无显著性($P > 0.05$)。且米诺环素治疗粉刺丘疹脓疱型痤疮疗效要优于结节囊肿瘢痕型痤疮。尽管米诺环素不良反应多于罗红

霉素,但经统计学处理,无显著性差异($P > 0.05$)。我们在治疗前后监测患者血、尿常规及肝、肾功能仅发现2例患者口服米诺环素后谷丙转氨酶轻度升高,停药2周后复查恢复正常。国外有文献³研究表明,长期服用四环素、红霉素及米诺环素治疗痤疮,无肝肾及血液学的不良反应,并认为常规化验检测其不良反应是没有必要的。我们认为米诺环素治疗痤疮疗效满意,不良反应较少,可作为治疗痤疮的首选抗生素类药物,值得临床推广使用。

参 考 文 献

1 赵辨. 临床皮肤病学. 第2版. 南京: 江

苏科学技术出版社, 1996. 834-835.

- 2 Eady EA, Cove JH, Holland KT, et al. Superior antibacterial action and reduced incidence of bacterial resistance in minocycline compared to tetracycline-treated acne patients. *Br J Dermatol* 1990; 122: 233-244.
- 3 Driscoll Ms, Rothe MJ, Grant-Kels JM. Longterm oral antibiotics for acne: Is laboratory monitoring necessary? *J Am Acad Dermatol* 1993; 28: 596.

(收稿: 2005-01-26)

辣椒素霜治疗痤疮临床观察

郑燕岚¹ 吴明光²

我们从2000年5月起应用辣椒素霜治疗痤疮,并与必麦森凝胶进行疗效对比观察。现将资料完整的152例报道如下。

临床资料 152例中男68例,女84例,年龄14~29岁,平均 (21.7 ± 3.6) 岁。病程1个月~8年,平均 (2.3 ± 1.2) 年。

临床类型: 本组病例中,丘疹性痤疮76例,脓疱性痤疮55例,结节性痤疮7例,囊肿性痤疮5例,还有药物性痤疮4例,职业性痤疮5例。根据皮损炎症反应程度及范围大小,分为3级: 1级以丘疹为主,少有脓疱,无结节及囊肿出现; 2级以脓疱为主,偶见结节或囊肿; 3级皮疹范围广,有3个以上的结节或囊肿。

观察方法: 登记所有病例治疗前的皮疹类型、皮疹数目、分布范围及炎症级别。将病例随机分为2组, A组使用本院制剂室配制的0.025%辣椒素霜,每日3次。共有76例完成观察,其中1级39例,2级31例,3级6例。B组使用德美克公司生产的必麦森凝胶,每日2次,也有76例完成观察。其中1级45例,2级25例,3级6例。

病例剔除标准: 凡出现下列情况即剔出本试验: (1) 2周内曾系统使用抗生素或其它抗痤疮药; (2) 1周内局部使用过抗生素或其它抗痤疮药; (3) 因各种原因未能坚持用药者。

疗效评价标准: 皮疹消退大于90%为治愈,消退50%~90%为显效,消退20%~49%为好转,消退小于20%为

表1 4周后各级皮疹变化 例(%)

组别	例数	治愈	显效	好转	无效	有效率	
A 组	1	39	5(12. 8)	24(61. 5)	6(20. 5)	4(10. 2)	29(74. 4)
	2	31	2(6. 5)	20(64. 5)	6(19. 4)	3(9. 7)	22(71. 0)
	3	6	0	1(16. 7)	2(33. 3)	3(50. 0)	1(16. 7)
B 组	1	45	6(13. 3)	30(66. 7)	6(13. 3)	3(6. 7)	36(80. 0)
	2	25	4(16. 0)	15(60. 0)	5(20. 0)	1(4. 0)	18(76. 0)
	3	6	0	2(33. 3)	2(33. 3)	2(33. 3)	2(33. 3)

两组对比经统计学处理, $P > 0.05$ 。

无效。有效率为治愈率加显效率。

结果 用药4周后1、2、3级皮疹变化情况见表1。

综合分析, A组76例,有效52例,有效率68.4%。B组76例,有效57例,有效率75%。两组对比经统计学处理,无显著性意义。

副作用: A组中出现局部潮红18例,占23.7%;灼热感13例,占17%;痛、痒感4例,占5.3%。另有2例因副作用退出试验。B组中局部潮红5例,占6.6%;灼热感3例,占3.9%;痛、痒感2例,占2.6%。没有因副作用退出试验者。

讨论 痤疮是一种累及毛囊皮脂腺的慢性炎症性疾病。病因较多,机制也较复杂。辣椒素治疗痤疮国内文献少见报道。本组的观察结果发现辣椒素对痤疮有良好的治疗效果,与必麦森疗效相当。辣椒素治疗痤疮的作用机制尚不完全明了,可能与下列机制有关: (1) 抗炎作用: P物质除了充当感觉神经冲动的传导介质外,也参与各种组织的炎症反应,引起各种炎症介质如组胺、激肽和前列腺素的释

放和聚集¹。辣椒素通过拮抗P物质而发挥抗炎作用。(2) 抗菌作用: 微生物是产生痤疮炎症的中心环节。辣椒素对某些细菌有一定的抑制作用。已见报道的有蜡样芽孢杆菌、枯草杆菌及幽门螺旋杆菌²。尚未见辣椒素对痤疮丙酸杆菌及糠秕马拉色菌的报道,但已有研究报道辣椒素能进入酵母菌细胞并抑制其生长³。对鼠伤寒杆菌和绿脓杆菌也有抑菌作用⁴。(3) 调节脂质过氧化作用。在痤疮的皮脂增多、皮脂腺导管角化发展过程中,可能存在脂质过氧化反应。辣椒素对多种刺激剂诱导的脂质过氧化具有调节作用⁵。(4) 抗角化作用。毛囊皮脂腺导管角化异常是痤疮发病的一个重要因素。研究发现, P物质不但存在于感觉神经末梢中,还存在于汗腺管和小血管壁中⁶。它能使毛细血管扩张、增生,进而引起上皮增生和角化异常。辣椒素对P物质引起的角化异常有很好的缓解作用⁷。(5) 促进脂类分解代谢。近来认为辣椒素有抑制脂类积累,促进脂肪酸代谢的作用。在动物试验和临床观察中得到了初步的验证。

作者单位: 1 厦门市中山医院皮肤科, 361004

2 厦门大学化学系

辣椒素的副作用主要有局部潮红、灼热、瘙痒和刺痛感。发生率虽然较高,但一般不影响治疗,继续用药可逐渐消退。

参 考 文 献

1 张军. 辣椒素的药理与临床研究进展. 国外医学中医中药分册 1996; 18: 8- 11.
2 Nicola L. Jones SS, Philip MS. Capsaicin as an inhibitor of the growth og the gastric pathogen Helicobacter pylori. FEMS Micr- bioiogy Letters 1997; 146: 223- 227.

3 Sakiko K, Emiko K, Chang- Hwa K, et al. Studies on the antimicrobial mechanism of capsaicin using yeast DNA microarry. Biosci Biotechnol Biochem 2002; 66: 532- 536.
4 Carcaga M. Antibacterial activity of cap- sicum extract against salmonell typhimurium and pseudomonas aerugnasa inoculated in vary beef meat. Inj Food Microbiol 2003; 83: 331- 335.
5 林绮雯, 杨得坡, 黄世亮, 等. 辣椒素的

药理与临床研究概况. 广东医学 2000; 10: 5- 8.
6 Wang wanjuan, Tan shengshun. Effect of capsaicin on substance P in psoriasis vul- garis. Academic journal of Xi' an Jiao - Tong University 2003; 15: 199- 201.
7 Effect of capsaicin on abdominal fat and serum free- fatty acids in exercise- trained rats. Nutri. Res (N. Y) 2000; 20: 1041- 1045.
(收稿: 2005- 03- 03)

120 例女性生殖道支原体感染体外药敏分析

王 威 张华黎 翟慧娟

为了解女性生殖道支原体感染耐药情况及指导临床准确、合理用药,我们对 120 例女性生殖道支原体感染培养阳性者(解脲支原体和人型支原体),进行了 10 种抗菌药物耐药性测定与分析,现将结果报道如下。

材料与方法 支原体标本来自 2001 年 7 月~ 2004 年 10 月皮肤病性病科 120 例女性生殖道感染宫颈分泌物支原体培养阳性者,其中解脲支原体(Uu) 63 株,人型支原体(Mh) 22 株,Uu+ Mh 35 株。

试剂与方法:支原体培养药敏试剂盒采用珠海银科生物技术应用研究所生产,敏试药物共 10 种,分别为多西环素(DOX)、米诺环素(MIN)、环丙沙星(CPF)、氧氟沙星(OFL)、司帕沙星(SPA)、罗红霉素(ROX)、阿奇霉素(AZI)、克拉霉素(CLA)、交沙霉素(JOS)、大观霉素(SPE)。所有患者检测前 1 周内未全身应用抗生素及阴道内用药。用窥阴器扩阴暴露宫颈,先用无菌干棉签拭去宫颈口分泌物,然后用女性专用采样拭子插入宫颈口 1~ 2 cm,停留约半分钟旋转一周取出,立即送检。

操作方法:用无菌吸嘴吸取 100 μL 培养液加入药敏反应板第一排孔 1(空白对照孔),其余各孔加入 100 μL 接种过标本的培养液,尔后每孔加入 1 滴无菌液体石蜡油覆盖,以免培养液蒸发,盖上药敏反应板板盖,放置 37℃ 培养箱 24~ 48 小时观察结果,Uu 24 小时报结果,Mh 48 小时报结果。

作者单位:河南新乡医学院第三附属医院皮肤性病科,453003

结果判断:第一排孔 1 为空白对照孔,孔 2 为 Uu 培养孔,变红为阳性(浓度 $\geq 10^4$)。第二排孔 1 为混合孔,变红为 Uu 或 Mh 生长,浓度 $\leq 10^4$ 可报阴性。孔 2 为 Mh 培养孔,变红为阳性(浓度 $\geq 10^4$)。

第一排药敏反应板 3~ 12 孔为低浓度药敏孔,第二排 3~ 12 孔为高浓度药敏孔。高低浓度药敏孔均不变色,表示对相应抗生素敏感,低浓度变红而高浓度孔不变红表示中度敏感,高低浓度均变红则表示对相应抗生素耐药。

结果 培养出的 Uu、Mh、Uu+ Mh 共 120 株对 10 种抗生素耐药情况见表 1。

表 1 显示:支原体对米诺环素、多西环素、司帕沙星耐药率最低,耐药率最高的为罗红霉素、氧氟沙星和环丙沙星。

讨论 支原体已成为女性生殖道感染的重要病原体,多数女性感染后无临床症状或症状轻微,可引起宫颈炎、输卵管炎、子宫内膜炎、盆腔炎,甚至造成输卵管

炎性阻塞引起不孕、异位妊娠或早产、流产等,其致病性问题已日益引起关注¹。由于抗生素的盲目使用和滥用,延误治疗或过度治疗,支原体培养及药敏试验对指导临床治疗显得尤为重要,根据药敏试验结果,合理选用抗生素,提高治愈率。本组 120 例支原体培养阳性女性患者对 10 种抗生素耐药性检测结果显示,支原体对罗红霉素、氧氟沙星、环丙沙星耐药性最强,总耐药率分别达到 57. 5%、53. 3% 和 41. 0%,曾广泛应用治疗支原体效果比较好的阿奇霉素、克拉霉素耐药率已达 30% 和 36. 7%,以及中度敏感率较高的司帕沙星、阿奇霉素、交沙霉素等,已显现出耐药趋势。耐药率最低的是米诺环素、多西环素,与国内文献²报道基本一致,因此,仍可作为目前治疗支原体感染的主要药物。

结果同时显示,Uu、Mh、Uu+ Mh 耐药性也有不同,对 Uu 和 Uu+ Mh 敏感性较高的抗生素依次为米诺环素、多西环素,

表 1 120 例女性支原体药敏试验结果 例(%)

抗生素	Uu(63)			Mh(22)			Uu+ Mh(35)			总耐药率(%)
	S	I	R	S	I	R	S	I	R	
DOX	42	11	10(15.9)	12	6	4(18.2)	21	8	6(17.1)	16.7
MIN	45	10	8(12.7)	11	8	3(13.6)	19	10	5(14.3)	13.3
CPF	28	12	22(34.9)	8	7	7(31.8)	13	10	12(34.3)	41.0
OFL	15	8	40(63.5)	6	7	9(40.9)	8	10	15(42.9)	53.3
SPA	31	19	13(20.6)	12	6	4(18.2)	15	11	9(25.7)	21.7
ROX	9	12	42(66.7)	7	7	6(27.3)	6	8	21(60.0)	57.5
AZI	19	24	20(31.7)	10	6	6(27.3)	18	7	10(28.6)	30.0
CLA	24	14	25(39.7)	8	10	4(18.2)	15	5	15(42.9)	36.7
JOS	29	16	18(28.6)	9	6	7(31.8)	17	12	16(45.7)	34.2
SPE	22	16	25(39.7)	10	4	6(27.3)	14	10	11(31.4)	35.0

注: S 为敏感; I 为中度敏感; R 为耐药